

Выводы. Таким образом, очевидно, что определение чувствительности микроорганизмов в составе биопленок необходимо для назначения рациональной антибактериальной терапии пациентам с инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Изоляты *S. aureus* и *S. epidermidis* менее чувствительны к терапевтическим концентрациям антибиотиков в составе биопленок.

Литература:

1. Микробные биопленки и проблемы антибиотикотерапии / В. В. Тец, Г. В. Тец // Практ. пульмонология. – 2013. – № 4. – С. 60.
2. Mah, T.-F. C. Mechanisms of biofilm resistance to antimicrobial agents / T.-F. C. Mah, G. A. O'Toole // Trends Microbiol. – 2001. – N 9. – P. 34–39.
3. Tetz, V. V. /The effect of antimicrobial agents and mutagen on bacterial cells in colonies / V. V. Tetz // Med Microbiol. Lett. – 1996. – 5. – С. 426-436.
4. Watnick, P. Biofilm, cityofmicrobes / P. Watnick, R. Kolter //J. Bacteriol. –2000. – № 182. – P. 2675.
5. Hancock, V. Biofilm formation by asymptomatic and virulent urinary tract infectious Escherichia coli strains / V. Hancock, L. Ferrieres, P. Klemm // FEMS Immunol. Med. Microbiol. – 2007. – Vol. 51. – С. 212–219.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА АССОЦИИРОВАННОГО С КАНДИДОЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Карпук И.Ю., Новиков Д.К., Сахарук Н.А., Пожарицкая А.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В связи с достаточно широкой нуждаемостью населения в съёмном протезировании и в наши дни нередкими являются случаи выявления протезного стоматита у пациентов. По некоторым литературным данным частота возникновения протезного стоматита (ПС) у пациентов с частичными и полными съёмными зубными протезами составляет от 1,1% до 36,7% [1, 2].

Возникает это заболевание из-за различных причин, в том числе и травматического характера. Необходимо учитывать, что повреждение слизистой оболочки полости рта является фоном, на котором достаточно часто возникает и развивается кандидозная инфекция. Однако для её присоединения необходим ряд условий. Одним из таких важных факторов является нарушение местной и общей иммунной защиты организма человека [3]. Современные подходы к лечению кандидоза полости рта направлены не только на устранение симптомов и клинико-лабораторных показателей заболевания, но и на предотвращение его рецидивов, что невозможно осуществить без учёта иммунного статуса пациента.

Цель - разработка метода лечения протезного стоматита, ассоциированного с кандидозом полости рта с использованием иммунокорректирующей терапии.

Материал и методы. На базе кафедры общей стоматологии с курсом ортопедической стоматологии и кафедры клинической иммунологии и аллергологии с курсом ФПК и ПК УО ВГМУ проведено лечение 35 пациентов с установленным диагнозом «кандидоз полости рта» (протезный стоматит в результате кандидозной инфекции В 37.03).

Традиционная терапия была проведена у 17 пациентов с протезным стоматитом, ассоциированным с кандидозом, исследуемый нами метод – у 18 пациентов.

Все пациенты, принимавшие участие в исследовании, дали и собственноручно оформили своё добровольное информированное согласие.

Пациентам с диагнозом «кандидоз полости рта» рандомизированным методом назначалась традиционная или разработанная нами комплексная схема терапии.

Метод традиционной терапии основывался на рекомендациях клинических протоколов диагностики и лечения пациентов на терапевтическом стоматологическом приёме от 26.12.2011 г. Он включал местное лечение кандидоза полости рта с аппликациями 2% мази кетоконазола на поражённую слизистую оболочку полости рта, а также обработку внутренней поверхности съёмного протеза раствором Люголя. Курс лечения составил 10 дней с перерывом на 10 дней и повторным курсом такой же продолжительности.

При использовании предлагаемой нами схемы терапии вместе с традиционным лечением применялся натрия нуклеинат (капсулы 100 мг в контурной ячейковой упаковке №10х2 (Республика Беларусь, РУП «Белмедпрепараты») для иммунокоррекции и «Иммуноглобулин человека нормальный пор. инъекц. 1 д 1.5мл N10 (Биофарма, Украина)», который мы разводили физиологическим раствором в соотношении 1:20 для орошения, инстилляций, аппликаций и полосканий полости рта с целью разрушения кандидозной биопленки. Иммуномодулятор «Натрия нуклеинат» пациенты применяли внутрь после еды. Разовая доза составила 1-2 г в 2-4 приема на протяжении 1 месяца. Препарат «Иммуноглобулин человека нормальный» пациенты применяли на протяжении 2 недель 3 раза в день после еды следующим образом: вскрывали ампулу, содержимое разводили стерильным физиологическим раствором в соотношении 1:20 и полоскали полость рта в течение 2-3 минут, после чего сплевывали.

Всем пациентам с протезным стоматитом при необходимости производили устранение (на период лечения) и последующую коррекцию (повторное протезирование) некачественно изготовленных ортопедических конструкций.

Промежуточный контроль проводимой терапии осуществляли на 14 день. Производили осмотр ротовой полости, микробиологическое

исследование, иммунологические исследования. Окончательный контроль исследования проводили на 30 день аналогичными методами с добавлением микроскопического.

Оценку отдалённых результатов осуществляли на 6 месяц и 1 год после окончания терапии на основании отсутствия / наличия рецидивов заболевания.

Оценка полученных данных проведена в STATISTICA 10.0

Результаты и обсуждение.

Таблица 1. Результаты лечения обследуемых пациентов

	Традиционная терапия		Исследуемый метод	
	14 дней	30 дней	14 дней	30 дней
Количество пациентов абс. (%)	17 (100%)	17 (100%)	18 (100%)	18 (100%)
Полное излеч. абс. %	8 (47, 1%)	9 (52,9%)	16 (88,9%) *	16 (88,9%) *
Клинико-лабораторное излечение абс. (%)	3 (17, 6 %)	3 (17,6%)	1 (5,6%)*	1 (5,6%)*
Отсутствие. эффекта абс. (%)	6 (35,3%)	5 (29, 4%)	1(5,6%)*	1 (5,6%)*

Примечание: *– отличие с $p < 0,05$

Через 6 месяцев после лечения и повторного протезирования не зарегистрировано ни одного случая повторного возникновения кандидоза в группе, где проводилась иммунокоррекция. Клиническая ремиссия сочеталась с положительной динамикой иммунологических показателей. Отдаленные результаты наблюдений (в срок 12 месяцев) за этими группами отражали стойкую клиническую стабилизацию без рецидивов симптомов протезного стоматита ассоциированного с кандидозом. В результате комплексного лечения пациентов с протезным стоматитом, ассоциированным с кандидозом, исследуемым нами методом, полное и клинико-лабораторное излечение пациентов наблюдалось достоверно чаще, чем в группе пациентов, где проводилось только традиционная терапия.

Вывод: В результате комплексного лечения пациентов с протезным стоматитом, ассоциированным с кандидозом, исследуемым нами методом, полное и клинико-лабораторное излечение пациентов наблюдалось достоверно чаще, чем в группе пациентов, где проводилась только традиционная терапия.

Литература:

1. The association of denture stomatitis and partial removable dental prostheses: a systematic review / E. Emami [et al.] // Int. J. Prosthodont. – 2012. – Vol. 25, № 2. – P. 113–119.
2. de Lucena-Ferreira, S. C. Efficacy of denture cleansers in reducing microbial counts from removable partial dentures: a short-term clinical evaluation / S. C. de Lucena-Ferreira, I. M. Gomes Cavalcanti, A. A. Del Bel Cury // Braz. Dent. J. – 2013 – Vol. 24, № 4. – P. 353–356.

3. Сахарук, Н. А. Кандидоз: этиология, клиника, диагностика, лечение: Монография / Н. А. Сахарук, А. А. Козловская. – Витебск : ВГМУ, 2010. – 192 с.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ БИОПЛЕНКООБРАЗУЮЩИХ МИКРООРГАНИЗМОВ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

Колчанова Н.Э., Окулич В.К.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Микробный фактор, являясь одним из самых важных этиологических агентов, обуславливает различные клинические проявления заболеваний периодонта. Согласно классификации ВОЗ возбудители заболеваний периодонта объединены в группу так называемых пародонтопатогенных бактерий. Основное патогенное действие данных микроорганизмов заключается в способности продуцировать различные метаболиты, которые вместе с факторами вирулентности приводят либо к прямому разрушению окружающих тканей периодонта, либо к инаktivации иммунного ответа организма [1,2].

Целью являлось изучение влияния биопленкообразующих микроорганизмов на тяжесть течения хронического периодонтита.

Материал и методы. С целью изучения периодонтальной биоплёнки нами обследовано 97 пациентов с хроническим периодонтитом (ХП) и 30 человек без патологии периодонта в анамнезе. Идентификацию микроорганизмов проводили с помощью тест-систем на биохимическом анализаторе АТВ EXPRESSION® (Биомерье). Генодиагностику ДНК пародонтопатогенов проводили с использованием наборов ООО НПФ «Литех» (Москва, Россия). Для определения способности полученного изолята к образованию биоплёнки был использован разработанный нами метод [3].

Результаты и обсуждение. Результаты исследования с использованием ПЦР-анализа в режиме реального времени демонстрируют достоверно высокую частоту выделения пародонтопатогенных видов 1-2 порядка при хроническом пародонтите (96%) по сравнению с контрольной группой.

У наблюдаемых пациентов выделялось до 6 пародонтопатогенных видов 1-2 порядка из 7 возможных при использовании наборов фирмы «Литех». В тоже время в контрольной группе у 70% обследованных в области зубодесневой борозды не было выявлено ни одного пародонтопатогена 1-2 порядка.

У 84,5% пациентов с хроническим периодонтитом были выявлены ассоциации 2-6 видов пародонтопатогенов 1-2 порядка.